Deutscher Bundestag **Drucksache 16/8652**

16. Wahlperiode 17. 03. 2008

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Evaluation der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht

Inhaltsverzeichnis

Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit

1. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurden die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in § 62 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, für das Jahr 2006 die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkungen zu evaluieren und dem Deutschen Bundestag hierzu über das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis spätestens zum 30. Juni 2007 einen Bericht vorzulegen.

In der Begründung des Gesetzes wird dargelegt, dass die Regelungen über die Belastungsgrenzen für Zuzahlungen in der GKV einerseits für soziale Ausgewogenheit der Zuzahlungspflicht sorgen sollen, andererseits aber sichergestellt werden soll, dass die beabsichtigte Steuerungswirkung hierdurch nicht übermäßig beeinträchtigt wird. Dies gilt insbesondere für Ausnahmeregelungen bei der Praxisgebühr.

2. Mit Schreiben vom 20. Juni 2007 haben die Spitzenverbände dem BMG Datenauswertungen für das 1. bis 3. Quartal 2006 übermittelt sowie eine Stellungnahme, in der dargelegt wird, dass eine solide Evaluierung und Bewertung der Steuerungswirkungen von Zuzahlungsbefreiungen im Sinne des gesetzlichen Auftrags nicht möglich sei. Unter Berücksichtigung der von der Bundesknappschaft im Namen der Spitzenverbände vorgetragenen Einschränkungen in der Aussagekraft der Daten, die von den gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben werden, hat das BMG mit Schreiben vom 5. Oktober 2007 den Spitzenverbänden eine Fristverlängerung zur Vervollständigung der Daten eingeräumt. Hiermit verbunden war die Aufforderung einer „aussagekräftigen Bewertung des Geschehens“ und die Einbeziehung der Erfahrungen mit der Bonus-Malus-Regelung.

3. Mit Schreiben vom 29. Januar 2008 haben nunmehr die Spitzenverbände dem BMG den vorliegenden Bericht mit Datenaufbereitungen über Zuzahlungsbefreiungen übermittelt.

Eine inhaltliche Aufbereitung und Bewertung der Thematik ist nicht gelungen. Der Bericht liefert lediglich isolierte Tabellen mit kurzen Erläuterungen z. B. zur Zuzahlungshöhe, den Verteilungen der Mitglieder auf die Befreiungsgrenzen und der Zahl aufgesuchter Ärzte. Auch gesonderte Auswertungen für die Überforderungsregelung (§ 62 SGB V) und die Bonus-Malus-Regelungen (§ 65 SGB V) werden für zwei Kassenarten (Knappschaft Bahn See [KBS] und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen [LKKen]) vorgelegt, die aufgrund der besonderen Kassenstrukturen keinerlei repräsentative Aussagen liefern können. Insbesondere wird jedoch die Verknüpfung von Daten zur Zuzahlungsbefreiung mit Kontaktfrequenzen bei Ärzten oder der Inanspruchnahme sonstiger Leistungen nicht vorgenommen. Vor diesem Hintergrund lassen sich aus dem Bericht weder Schlussfolgerungen über Fehlsteuerungen der Zuzahlungsregelungen ableiten, noch bestätigt der Bericht die gegenwärtige Ausgestaltung als einen sachgerechten Ansatz.

4. Seitens des BMG wird daher eine Beratung des Berichts im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages unter Einbeziehung der Spitzenverbände vorgeschlagen. Hierbei wäre zu klären, ob ein erneuter Evaluierungsauftrag an den Spitzenverband Bund erteilt werden sollte oder das BMG einen entsprechenden Forschungsauftrag erteilen sollte.

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 10. März 2008 gemäß § 62 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Bericht der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 62 Abs. 5 SGB V (Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht)

Gemäß § 62 Abs. 5 SGB V sind die Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht für das Jahr 2006 hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung zu evaluieren. Hierüber ist seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen zu berichten.

Der Gesetzesentwurf (Bundestagsdrucksache 16/3100) enthält hierzu folgende Begründung: Die Regelungen über die Belastungsgrenze sollen einerseits für die soziale Ausgewogenheit der Zuzahlungspflicht sorgen, andererseits muss sichergestellt sein, dass die beabsichtigte Steuerungswirkung hierdurch nicht übermäßig beeinträchtigt wird. Dies gilt insbesondere für Ausnahmeregelungen bei der Praxisgebühr. Als Beitrag zur Versachlichung der Diskussion wird der Selbstverwaltung aufgegeben, die Regelung in dieser Hinsicht entweder selbst zu evaluieren oder wissenschaftlich evaluieren zu lassen, um die Regelung gegebenenfalls auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse fortentwickeln zu können.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, namentlich

der AOK-Bundesverband,

der BKK Bundesverband,

der IKK-Bundesverband,

der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,

der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. sowie

die Knappschaft

berichten im Folgenden über die Ergebnisse ihrer Feststellungen.

Anforderungen an eine Evaluation

Um wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse über die Effekte der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht zu erhalten, muss ein kontrolliertes Studiendesign gefordert werden. Dafür ist eine Kontrollgruppe zu finden, der die Leistungsausgaben eines von Zuzahlungen befreiten Personenkreises gegenüber zu stellen ist.

Nicht befreite Personen als Kontrollgruppe unterscheiden sich durch die gesetzliche Ausgestaltung der Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V hinsichtlich ihres Einkommens und ihrer Morbidität signifikant von den von Zuzahlung befreiten Personen und sind daher für einen Vergleich, der den Anforderungen an eine Evaluation genügen würde, nicht geeignet.

Auch der Vergleich der Leistungsinanspruchnahme der nach § 62 SGB V von Zuzahlung befreiten Personen vor und nach der Befreiung ergibt keine validen Ergebnisse, da hiervon nur der Personenkreis der Versicherten erfasst wird, der im laufenden Jahr wegen eines Überschreitens der Belastungsgrenze einen Antrag stellt und für den Rest des Kalenderjahres befreit wird (ca. 50 Prozent der befreiten Versicherten). Dieser kann nicht repräsentativ für alle von Zuzahlungen befreiten Versicherten angesehen werden, da insbesondere chronisch Erkrankte mit zu erwartenden hohen Zuzahlungen (z. B. Dialysepatienten) oder Bewohner von Pflegeheimen, die zu Lasten eines Sozialhilfeträgers untergebracht sind, die Möglichkeit der Vorauszahlung der Belastungsgrenze nutzen, und daher nicht von dieser Gruppe erfasst würden.

Durch die Einbeziehung der Krankenhaus-Zuzahlung in die nach § 62 SGB V zu berücksichtigenden Zuzahlungen kommt es darüber hinaus in einer nicht zu vernachlässigenden Zahl von Versicherten nur allein wegen eines Krankenhausaufenthaltes und der damit verbundenen einmaligen, hohen Zuzahlung zu einer Befreiung. Hier kann keinesfalls davon ausgegangen werden, dass das Leistungsinanspruchnahmeverhalten mit der Befreiung in einer Beziehung steht.

Für den Bereich der Bonusregelungen bei Disease-Management-Programm (DMP) hat das Bundesversicherungsamt (BVA) bereits mit Schreiben vom 19. Mai 2005 (AZ II 3 – 5184.3 – 1892/2004) mitgeteilt, dass der Nachweis der Gegenfinanzierung von Aufwendungen für Bonusmaßnahmen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen nicht gefordert wird, da insbesondere aus methodischen Gründen ein Vergleich mit einer Kontrollgruppe nichteingeschriebener Versicherter nicht möglich ist.

Eine Evaluation der Ausnahmeregelungen von der Zuzahlungspflicht hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung für das Jahr 2006 im Sinne ihrer Bedeutung als wissenschaftliche Analyse kann daher nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen nach den für Evaluationen geltenden Mindestanforderungen nicht durchgeführt werden.

Aufgrund dieser Erkenntnisse kam auch die Beauftragung einer externen Stelle mit der Durchführung der Evaluation nicht mehr in Betracht.

Auswertung der Spitzenverbände der Krankenkassen

Ungeachtet der Feststellungen zur Durchführbarkeit einer Evaluation wurden Analysen für das Jahr 2006 durchgeführt. Hierzu konnten Daten des AOK-Bundesverbandes, des BKK Bundesverbandes, des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, der See-Krankenkasse sowie der Knappschaft herangezogen werden. Seitens des IKK-Bundesverbandes, des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. sowie des AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes konnten über die amtlichen Statistiken hinaus aufgrund der dort vorhanden internen Strukturen in der zur Verfügung gestandenen Zeit keine Daten beigesteuert werden.

Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Nach der Statistik KV 45 wurden im Jahre 2006 Zuzahlungen in Höhe von insgesamt 5,3 Mrd. Euro geleistet. Dies entspricht einem Betrag in Höhe von 105,73 Euro je Mitglied.

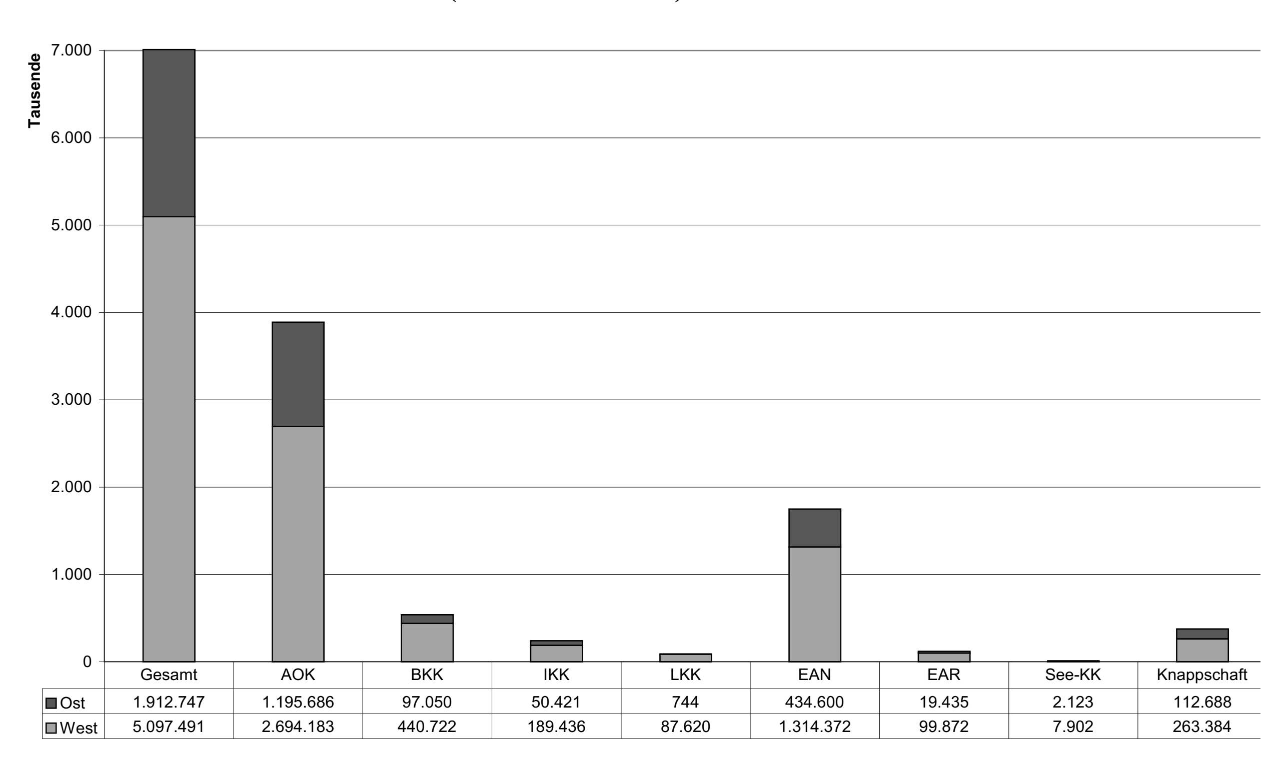
Anzahl der Zuzahlungsbefreiten

Abbildungen 1 und 2 beschreiben die Anzahl der im Jahr 2006 nach § 62 SGB V von Zuzahlungen befreiten Personen. In der Abbildung 1 wurde eine Aufteilung nach West und Ost gewählt, in der Abbildung 2 eine Aufteilung nach der Höhe der Belastungsgrenze (1 oder 2 v. H.). Die Daten entstammen der Statistik KG 2.

Abbildung 3 beschreibt die Anzahl der Versicherten, die im Jahr 2006 mindestens für einen Tag nach § 65a SGB V Anspruch auf einen Bonus auch zum Beispiel in Form einer Befreiung von der Praxisgebühr hatten, für die jedoch aus heutiger Sicht im Jahr 2006 eine Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V nicht ausgesprochen wurde.

Abbildung 1

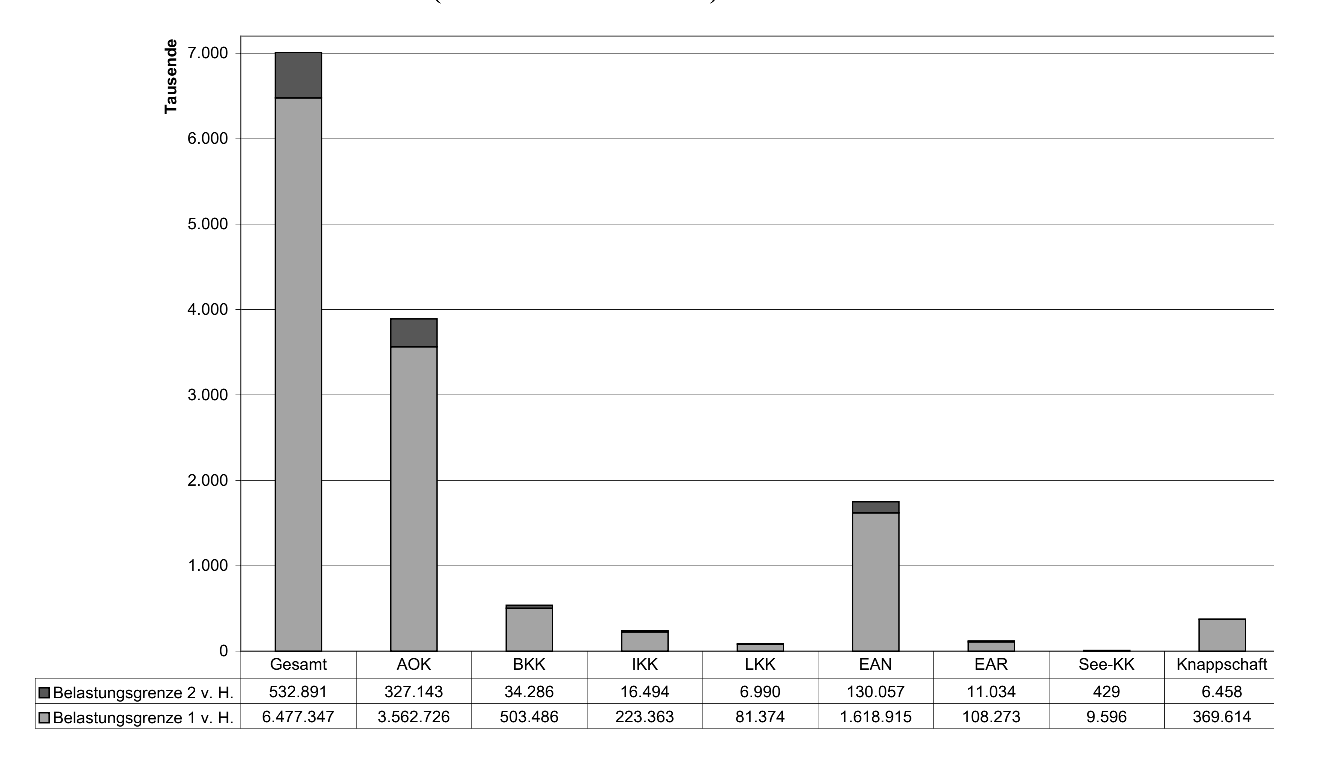
Überschreitungen der Belastungsgrenze für Zuzahlungen gemäß § 62 SGB V der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (Merkmal West/Ost) im Jahr 2006



	Gesamt	AOK	BKK	IKK	LKK	EAN	EAR	See-KK	Knappschaft
Ost	1.912.747	1.195.686	97.050	50.421	744	434.600	19.435	2.123	112.688
West	5.097.491	2.694.183	440.722	189.436	87.620	1.314.372	99.872	7.902	263.384

Abbildung 2

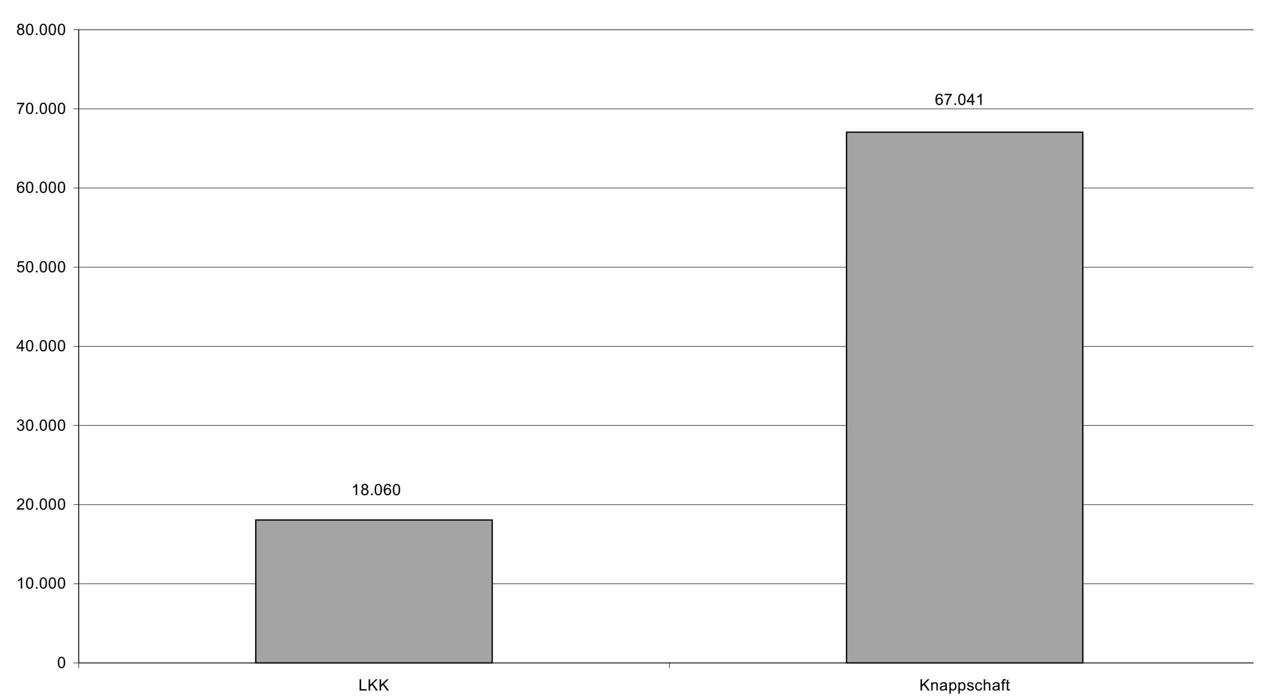
Überschreitungen der Belastungsgrenze für Zuzahlungen gemäß § 62 SGB V der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (Merkmal 1 v. H./2 v. H.) im Jahr 2006



	Gesamt	AOK	BKK	IKK	LKK	EAN	EAR	See-KK	Knappschaft
Belastungsgrenze 2 v. H.	532.891	327.143	34.286	16.494	6.990	130.057	11.034	429	6.458
Belastungsgrenze 1 v. H.	6.477.347	3.562.726	503.486	223.363	81.374	1.618.915	108.273	9.596	369.614

Abbildung 3

Anzahl der Zuzahlungsbefreiungen nach § 65a SGB V im Jahr 2006 ohne Versicherte mit Befreiung nach § 62 SGB V



Stand: Dezember 2007

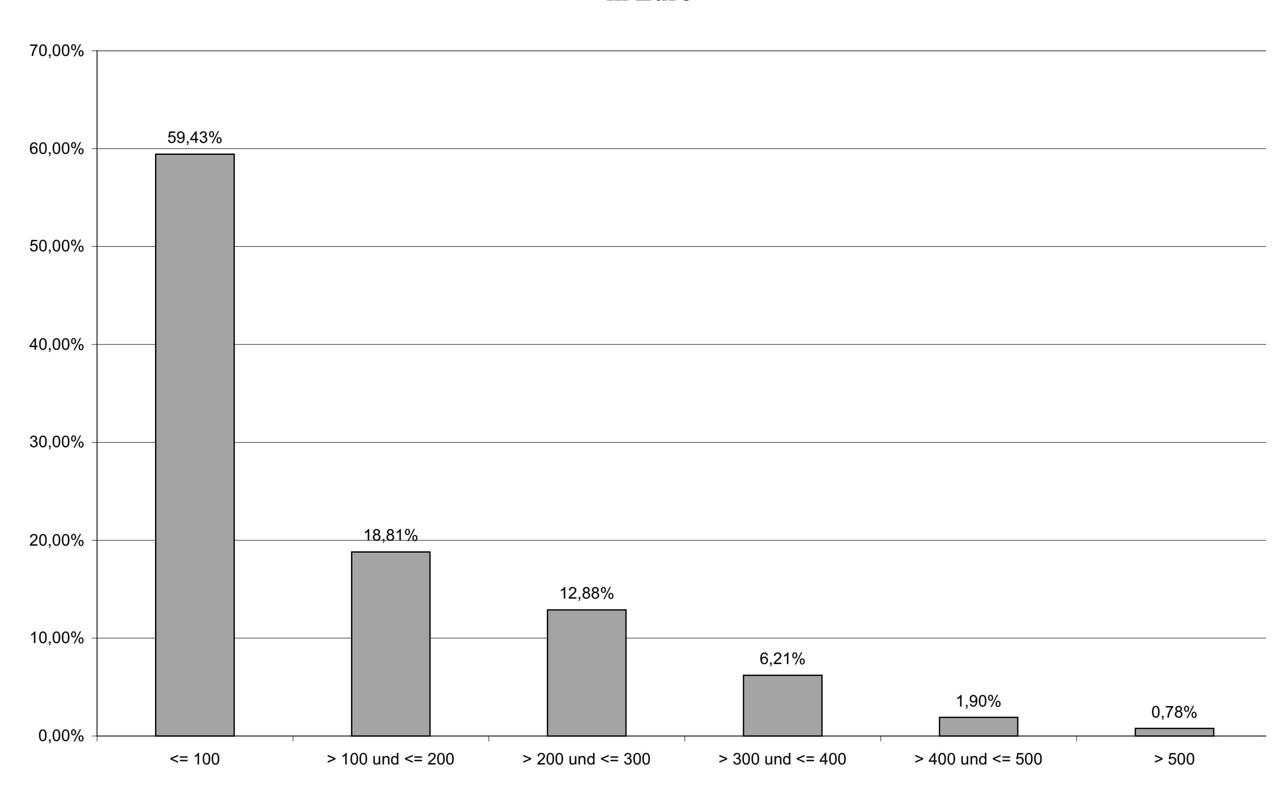
Einkommen der Zuzahlungsbefreiten nach § 62 SGB V

Einkommensdaten der Versicherten stehen den Kassen nur zur Verfügung, soweit diese zum Beispiel im Rahmen einer freiwilligen Versicherung bereits gesichert vorliegen. Über die gesamten Gruppen der nach §§ 62 bzw. 65a SGB V befreiten Versicherten ist eine verlässliche Darstellung nicht möglich. In den Abbildungen 4 und 5 wurde daher anhand der Höhe und Verteilung der Belastungsgrenzen die Einkommenssituation der nach § 62 SGB V befreiten Versicherten dargestellt, wobei die Versicherten eines Familienverbundes nur einmal gezählt wurden.

Um eine Vergleichbarkeit der Darstellungen zu erreichen, wurde die Staffelung der Belastungsgrenzen für die Versicherten mit einer Belastungsgrenze von 2 v. H. doppelt so hoch wie die der Versicherten mit einer Belastungsgrenze von 1 v. H. gewählt. Eine Belastungsgrenze von 100 Euro ergibt beispielweise ein nach Abzug der gesetzlichen Freibeträge anrechenbares Bruttoeinkommen in Höhe von 5 000 Euro (Merkmal 2 v. H) bzw. 10 000 Euro (Merkmal 1 v. H.).

Abbildung 4

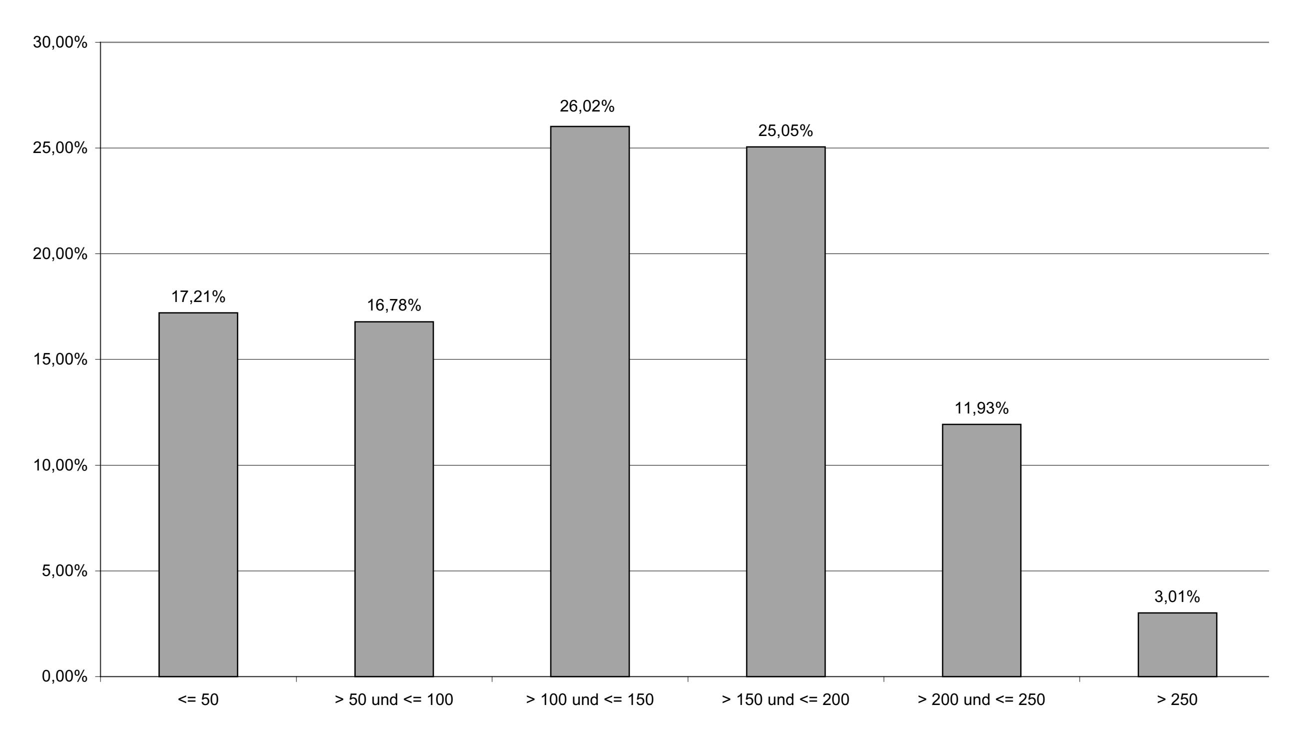
Prozentuale Verteilung der nach § 62 SGB befreiten Familienverbünde mit Merkmal 2 v. H. in 2006 gruppiert nach Höhe der Belastungsgrenze in Euro



Quelle: Daten des AOK-BV, des BLK, der See-Krankenkasse und der Knappschaft, Stand: Dezember 2007

Abbildung 5

Prozentuale Verteilung der nach § 62 SGB befreiten Familienverbünde mit Merkmal 1 v. H. im Jahr 2006 gruppiert nach der Höhe der Belastungsgrenze in Euro



Quelle: Daten des AOK-BV, des BLK, der See-Krankenkasse und der Knappschaft, Stand: Dezember 2007

Inanspruchnahmeverhalten der Zuzahlungsbefreiten

In den nachfolgenden Abbildungen 6 bis 8 wird das Inanspruchnahmeverhalten der Zuzahlungsbefreiten in den Leistungsbereichen ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung und Arzneimittel als Durchschnittswert der jeweiligen Gruppe beschrieben.

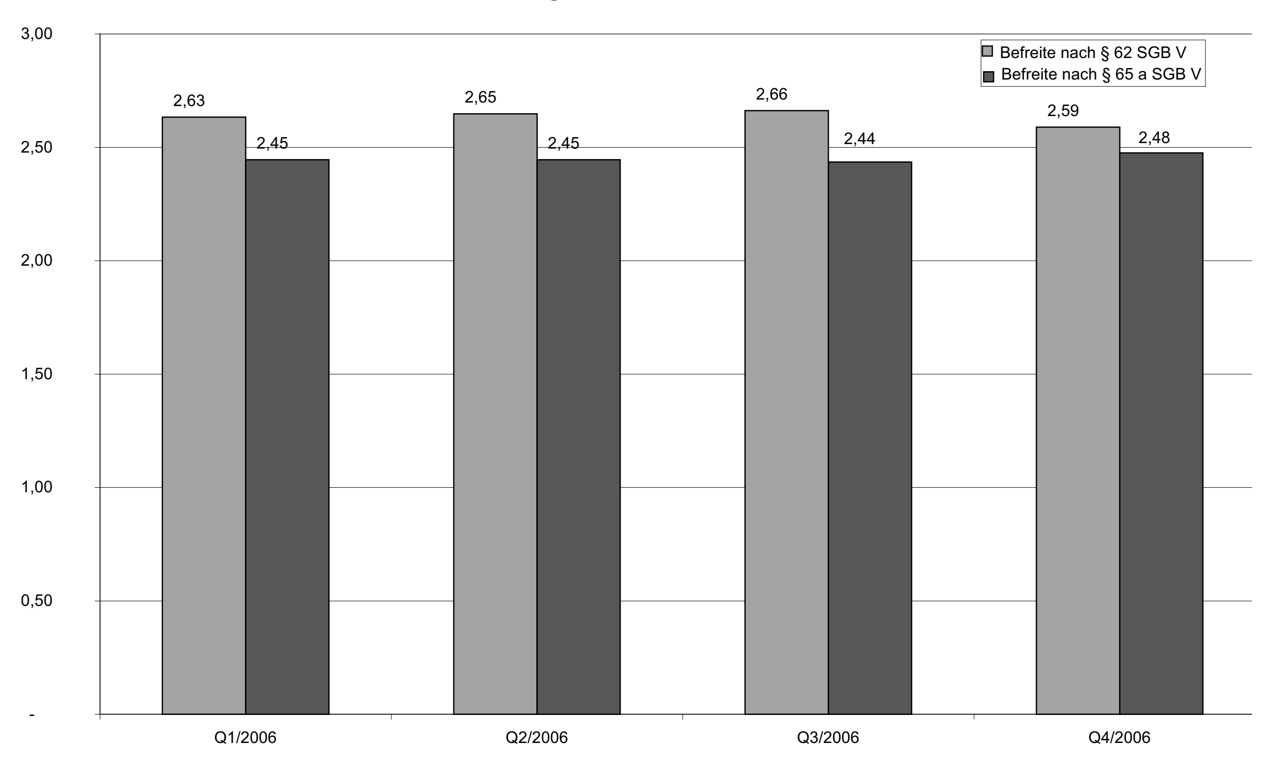
Ob ein Versicherter in die Gruppe der Zuzahlungsbefreiten nach § 62 oder 65a SGB V zu fassen ist, richtet sich nach der Feststellung aus heutiger Sicht, nicht nach dem tatsächlichen Status zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme. Personen, die nach § 62 und 65a SGB V befreit sind, werden nur in der Gruppe der nach § 62 SGB V Befreiten berücksichtigt.

Im Bereich der ärztlichen Behandlung (Abbildung 6) wurde die durchschnittliche Anzahl der in Anspruch genommenen Ärzte (Anzahl unterschiedlicher Arztnummern) je Quartal gezählt.

Die Auswertung in der Abbildung 7 für den Bereich Krankenhausbehandlung umfasst die durchschnittliche Anzahl der voll- oder teilstationären Behandlungen ohne Entbindungen mit einem Aufnahmetag in 2006.

Abbildung 6

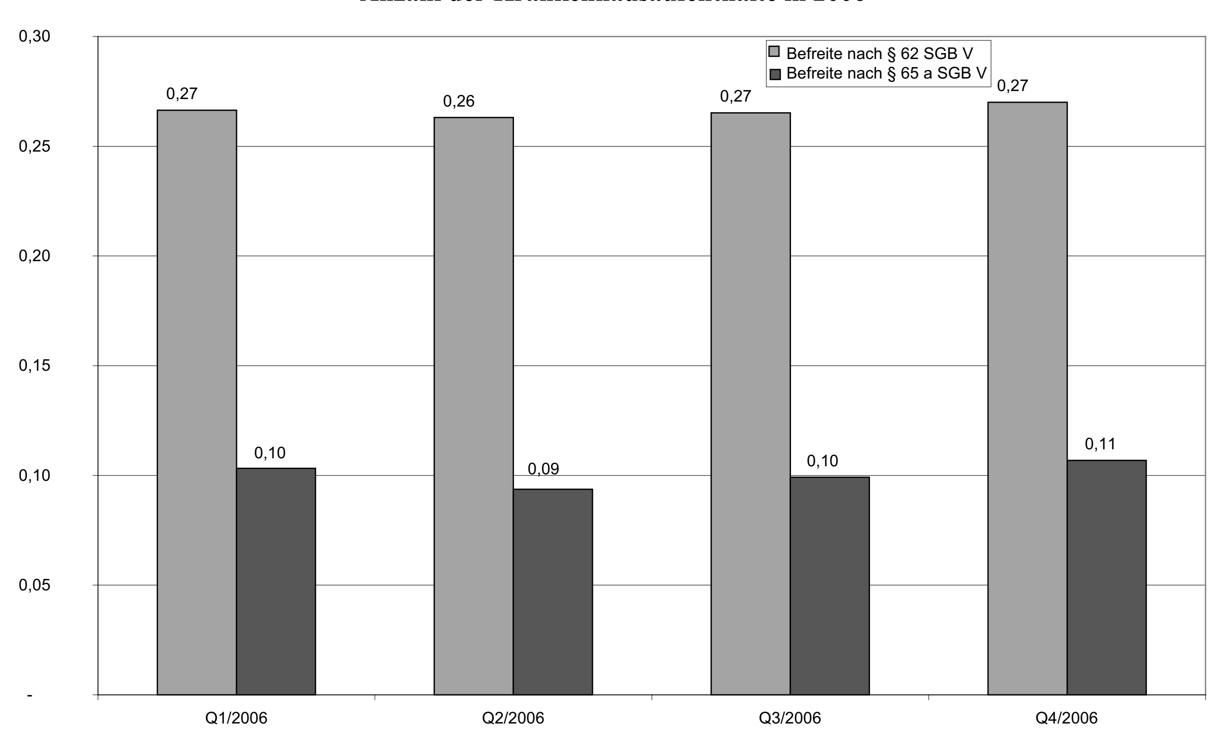




Quelle: Daten des AOK-BV (ohne Befreite nach § 65a SGB V), des BLK und der Knappschaft, Stand: Dezember 2007

Abbildung 7

Anzahl der Krankenhausaufenthalte in 2006



Quelle: Daten des AOK-BV (ohne Befreite nach § 65a SGB V), des BKK-BV (Fälle ohne Zuzahlungen), des BLK und der Knappschaft, Stand: Dezember 2007

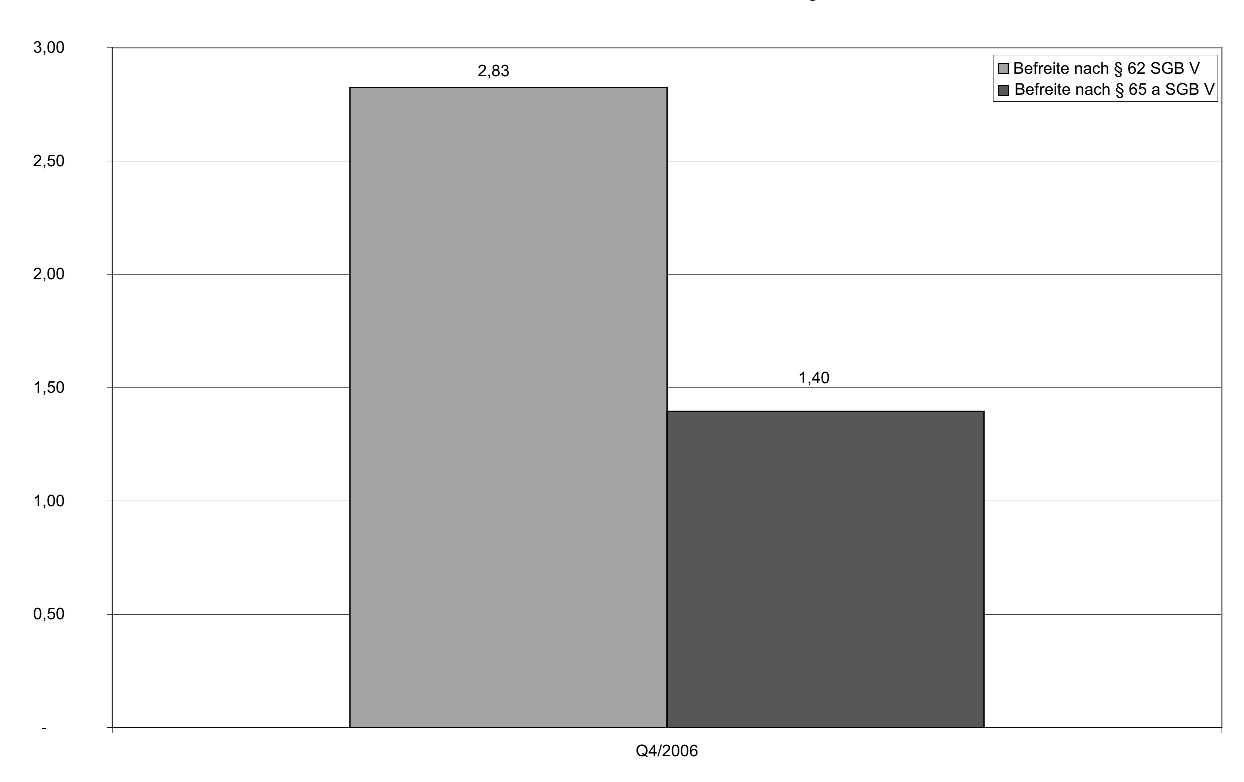
Für das Inanspruchnahmeverhalten im Bereich Arzneimittel (Abbildung 8) wurde die Auswertung aufgrund des Datenvolumens auf das 4. Quartal 2006 beschränkt. Gezählt wurde die durchschnittliche Anzahl der verordneten Pharmazentralnummern (PZN) ohne Berücksichtigung der Verordnungsmenge.

Höhe von Bonuszahlungen

In der Abbildung 9 wird das Volumen der Zuzahlungsbefreiungen (Praxisgebührbefreiung) für den Personenkreis gemäß § 65a SGB V dargestellt. Die Daten über das Volumen der Befreiungen von der Praxisgebühr wurden über definierte Abrechnungsziffern aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen gewonnen. Allerdings haben diese Erhebungen bei mehreren Kassenarten keine validen Daten ergeben, sondern führten dort zu dem Ergebnis, dass die Befreiungen nach § 65a SGB V nicht erkannt bzw. sicher zugeordnet werden konnten. Dementsprechend konnten insoweit keine Angaben zur Verfügung gestellt werden.

Abbildung 8

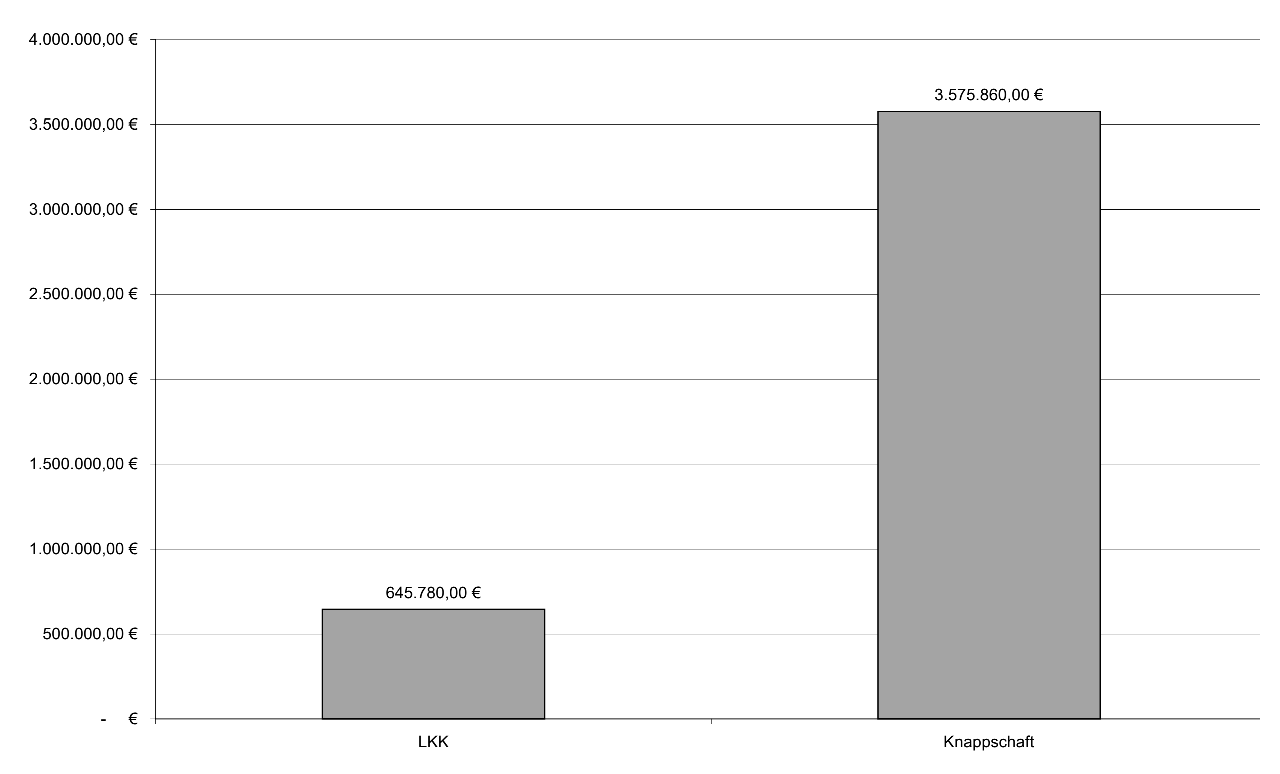
Anzahl der verordneten Arzneimittel im 4. Quartal 2006



Quelle: Daten des AOK-BV (ohne Befreite nach § 65a SGB V), des BKK-BV (Fälle ohne Zuzahlungen), des BLK und der Knappschaft, Stand: Dezember 2007

Abbildung 9

**Volumen der Zuzahlungsbefreiungen § 65a SGB V im Jahr 2006
(hier: Praxisgebührbefreiung)**



Stand: Dezember 2007

Bewertung der Spitzenverbände der Krankenkassen

Über die deskriptive Darstellung der Leistungsbereiche und der Zahlen der Befreiten hinaus ist nach Ansicht der Spitzenverbände der Krankenkassen eine verlässliche Bewertung insbesondere durch die Problematik der nicht darstellbaren Kontrollgruppe und die Länge des Betrachtungszeitraumes im Sinne einer wissenschaftlichen Evaluation nicht möglich.

Bereits vorhandene Studien bezüglich der Steuerungswirkung von Zuzahlungen weisen konzeptionelle Schwächen auf und erscheinen ideologiebehaftet, da sie sich elementar in der Beurteilung der Wirksamkeit und Notwendigkeit von Zuzahlungen unterscheiden. Die langfristigen Folgen einer Leistungsvermeidung durch eine ggf. später notwendige intensivere und damit kostspieligere Behandlung konnten durch die jeweiligen und zu kurzen Betrachtungszeiträume nicht abgebildet werden. Auch lassen z. B. die reinen Ausgabenzahlen bei Einführung von Zuzahlungen bzw. deren Erhöhung einen kurzfristigen Spareffekt erkennen, der jedoch durch spätere Nachholeffekte ausgeglichen wird bzw. sich möglicherweise sogar durch die erhöhte Morbidität oder Mortalität in Folge des späteren Behandlungsbeginns wieder ins Gegenteil verkehrt.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Amsterdamer Str. 192, 50735 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Telefax (02 21) 97 66 83 44
ISSN 0722-8333